



Número: **241269**

Novo Hamburgo 28 de maio de 2024.

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí

Responsável: Email:

Cidade: São Sebastião do Caí Telefone:

Prezado(a) Sr.(a)

É com satisfação que recebemos sua solicitação de orçamento. Segue abaixo descrição do mesmo.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO R\$	VALOR TOTAL R\$
1	PA DEA Adulto Zoll	4	1.690,00	6.760,00

Total R\$: 6.760,00

1. Pagamento: Empenho/boleto 3 vezes
*Depósito **Banco Banrisul** Agência 0290 CC 0624847409
2. Orçamento valido por 15 dias.
3. Imposto: Já inclusos no valor do produto.
4. Prazo entrega: 10 dias !
5. FRETE CIF

Anderson Juarez Duarte

SAT MÉDICA COMÉRCIO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES e TREINAMENTOS LTDA ME

CNPJ: 24.934.384/0001-88

Av. Nicolau Becker 768 Novo Hamburgo/RS

Telefone: (51) 3097-5118 ou (51) 99509-9002

Email: contato@satmedica.com.br

www.satmedica.com.br



PAMed Distribuidora Médica Ltda

Av. 28 de Fevereiro 391 – Sala 2 – Sapiranga – RS
CNPJ 46.062.651/0001-07

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí/RS
C. N. P. J:

Fone:

e-Mail:

Orçamento

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO R\$	VALOR TOTAL R\$
1	PA DEA ELETRODO ZOLL	4	1.899,00	7.596,00

Total R\$ 7.596,00

	Validade da Proposta: 30 DIAS
	Prazo de Entrega: 30 dias
	Condições de Pagamento: Empenhado pelo Município Dados para pagamento: Banco PagSeguro Agência 0001 Conta 35612029-5 PIX CNPJ 46062651000107

Sapiranga, 29 de maio de 2024.

Patricia Zorzanello

Patrícia Zorzanello

A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ

ORÇAMENTO

Item	Quant.	Unid.	Descrição / Especificação	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
1	4	UN	PA DEA ZOLL ADULTO	1.821,00	7.284,00
Valor total geral R\$: 7.284,00					

1 PRAZO ENTREGA: 10 DIAS
2 PAGAMENTO: EMPENHO 7 DIAS
3 FRETE: FOB
4 Valido por 15 Dias

Novo Hamburgo,29/04/2024.

Rogério Rorato
Rogério Rorato
(RG 8652352601)